


健康診断書

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------|-----------|---|--------|--|
| ふりがな 氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年 月日 | 年 月 日生 | |
| 身長 | | 体重 | | | | |
| 腹囲 | | 血圧 | | | | |
| 視力 | 左 () 右 () | 聴力 | | 左 右 | | |
| 理学的 所見 | | | | 胸部 X 線所見 | | |
| ツベルク リン反応 | ・陽性 ・疑陽性 ・陰性 平成 年 月 日 実施 | | |  | | |
| 既往歴 自覚症状 特殊な 業務歴 | | | | | | |
| アレルギー | 有() 無 | | | | | |
| 尿検査 | 蛋白 | | | 血液検査 血算 | 赤血球 | |
| | 糖 | | | | 白血球 | |
| 血液検査 肝機能 | AST | | | | 血小板 | |
| | ALT | | | | 血色素 | |
| | γ-GT | | | Ht | | |
| ウイルス性疾患既往歴 | 麻疹(+ -) | 水痘(+ -) | 風疹(+ -) | 流行性耳下腺炎(+ -) | | |
| ワクチン接種歴 | 未 1回 2回 | 未 1回 2回 | 未 1回 2回 | 未 1回 2回 | | |
| 抗体検査値 | 陽性 疑陽性 陰性 | 陽性 疑陽性 陰性 | 陽性 疑陽性 陰性 | 陽性 疑陽性 陰性 | | |
| 抗体検査年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| *抗体検査は 原則として EIA 法(IgG 抗体)にて行い、検査結果を添付して下さい。 | | | | | | |
| 上記のとおり診断する | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |
| 機関名 | | | | | | |
| 診断医氏名 | | | | | | |
| 印 | | | | | | |

 国立成育医療センター

*不合格に伴う応募書類等については、個人情報保護法に基づき当センターにおいて責任を持って処分させていただきます。